VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK PŘED AMBULANTNÍMI VÝKONY U DĚTÍ

Při nedostatku místa použijte druhou stranu dotazníku.

Jméno a příjmení dítěte ..... r.č. .....

výška (cm): **váha** (kg):	**Poslední:** pití v (čas): pevná strava v (čas): umělá výživa (čas): kojení v (čas):

1. ▪ **ANO** ▪ **NE** **Dítě je alergické** na tyto léky: .....

.....

2. ▪ **ANO** ▪ **NE** **Dítě je léčeno pro akutní nebo chronické onemocnění** srdce, plic, jater, ledvin, centrálního nervového systému, pro cukrovku nebo jiné onemocnění.

Pokud ANO, prosím upřesněte.....

.....

3. ▪ **ANO** ▪ **NE** **Dítě dlouhodobě užívá léky.** Jaké a kdy .....

.....

4. ▪ **ANO** ▪ **NE** **V posledních 3 dnech mělo dítě příznaky nachlazení nebo jiného běžného onemocnění** - zvýšená tělesná, teplota, kašel, rýma, bolesti v krku, bolesti svalů, opar nebo jiné. Pokud ANO, prosím upřesněte:

.....

.....

5. ▪ **ANO** ▪ **NE** **V době minulé dítě podstoupilo operační výkon v celkové anestezii.**

Pokud ANO, jaký a kdy.....

Došlo při něm k těmto komplikacím: .....

6. ▪ **ANO** ▪ **NE** **Dítě je závislé na návykových látkách.**

Pokud ANO, na kterých .....

7. ▪ **ANO** ▪ **NE** **Dítě je kuřák.** Za den vykouří ..... cigaret

8. **JINÉ ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE ČI DŮLEŽITÉ INFORMACE:** .....

.....

.....

Rozuměl/a jsem všem otázkám v tomto dotazníku a prohlašuji, že jsem na položené otázky odpověděl/a pravdivě podle svého nejlepšího vědomí a svědomí.

Dne ..... *Jméno zákonného zástupce, podpis* .....